Уполномоченный представитель
Authorized Representative

Уполномоченный представитель — это лицо, которое вы выбираете для представления ваших интересов при подаче заявления на получение пособий или их получении от Department of Social and Health Services (Департамент социальных и медицинских услуг, DSHS) или Health Care Authority (Управление здравоохранения, HCA). Указанное вами лицо или организация уполномочены действовать от вашего имени в целях определения ваших прав на получение пособий. Наличие уполномоченного представителя необязательно; DSHS или HCA не могут отказать в выплате пособий, если вы не подпишете эту форму.

Информация о клиенте

ФИО	ИД. НОМЕР КЛИЕНТА ACES

Информация об уполномоченном представителе

ФИО/НАИМЕНОВАНИЕ	ОРГАНИЗАЦИЯ И ОТДЕЛ (ЕСЛИ ПРИМЕНИМО)	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (КОД ГОРОДА)

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

Информация о программе и её продолжительности

В отношении каких программ вы хотите, чтобы ваш уполномоченный представитель действовал от вашего имени? Отметьте все подходящие варианты.

☐ Денежные пособия, ☐ Пособия Basic Food, ☐ Медицинское страхование, ☐ Долгосрочные услуги и поддержка.

Как долго вы хотите, чтобы ваш уполномоченный представитель действовал от вашего имени?

☐ 90 дней. ☐ На постоянной основе.

Действующие представители по получению денежных выплат и базовых продуктов питания утрачивают свои полномочия по окончании каждого периода сертификации. Представители по медицинскому страхова-нию утрачивают свои полномочия по запросу или в случае смерти лица или представителя.

В рамках всех программ вы можете в любое время отозвать или отменить свой запрос на назначение уполномоченного представителя устно или в письменной форме без какого-либо ущерба для предоставляемых пособий.

Контактная информация

Пожалуйста, отметьте уровень доступа к информации или пособиям, кото- рый вы хотите предоставить своему уполномоченному представителю.

	For Department Use Only (Только для служебного поль- зования.) Rep Type
Для получения денежных пособий, Basic Food, медицинского страхования или долгосрочных услуг и поддержки (отметьте только один из четы-рех пунктов ниже)	
☐ Обсуждать мое соответствие требованиям к получению пособий с представителем DSHS/HCA без получения писем.	**NC**
☐ Получать письма от DSHS/HCA и обсуждать мое соответствие требованиям к получению пособий.	**NO**
☐ Получать письма от DSHS/HCA, формы продления, а также обсуждать мое соответствие требованиям к получению пособий.	**AD**
☐ Получать письма от DSHS/HCA, формы продления, карты ProviderOne, а также обсуждать мое соответствие требованиям к получению пособий. Ваш представитель будет получать ваши денежные пособия от DSHS.	**NA**
Только для медицинского страхования (отметьте галочкой любой из пунктов ниже, если применимо)	
☐ Представитель больницы – получать письма и обсуждать мое соответствие требованиям к получению пособий.	**HO**
☐ Спонсор, оплачивающий страховые взносы. ФИО/наименование и адрес спонсора направляются в Office of Financial Recovery (Управление по финансовому оздоровлению).	**SB**

Авторизация клиента

УПОЛНОМОЧЕНО (ПОДПИСЬ КЛИЕНТА) ДАТА ПОДПИСАНИЯ	ФИО ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (КОД ГОРОДА)

ПРИМЕЧАНИЕ: Ограничения HIPAA не позволяют нам обсуждать индивидуальную медицинскую инфор-мацию клиента с уполномоченным представителем, если у представителя нет доверенности от клиента или если клиент не подписал Форму согласия DSHS 14-012.

То же применимо и к раскрытию информации о психическом здоровье, результатов анализов на HIV/AIDS и STD, а также к услугам лечения, в том числе химической зависимости.

For Department Use Only - Instructions (Указания - Только для служебного пользования)

Rep Type – ACES does not limit the Rep Type selections to the codes listed above. If a program requires a Rep Type not listed above or if one of the above codes is selected but is not appropriate for the situation (such as for a group home, protective payee, etc.) enter the appropriate program specific Rep Type on the AREP screen.

Barcode label

14532